POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Lipiec.	ROCZNIK DZIESIĄTY.	1908.

I. PRACE ORYGINALNE.

O przemieszczeniu gałki króliczej do torebki Tenona dla celów protezy.

Podał

PROF. WICHERKIEWICZ.

Sztuczne oko ma nietylko zadanie należyte zachować powiekom położenie, by się one nie podwijały i do zapaleń brzegów i spojówki nie dawały powodu, ale nadto, a może głównie, by tworzyły pozór oka prawidłowego. Ten cel osiągamy przez ścisły dobór protezy, a zwłaszcza, jeżeli umożliwimy gałce sztucznej należyty do prawidłowego podobny ruch. Najłatwiej i najlepiej to przychodzi do skutku, gdy protezę na zmniejszonej niebolesnej osadzić możemy gałce. Niezawsze atoli udaje nam się bez sztucznego zmniejszenia gałki protezę zastosować, gdyż na gałce, której rogówka jeszcze zachowana proteza takową drażni. Zmniejszone przez zapalenie oko również rzadko pozostawić możemy z powodu obawy o sympatyczne podrażnienie drugiego. Dobrą w celu protezy usługę oddawają kikuty powstałe po wypaproszeniu gałki, a wykonując operacyę tę bardzo często w naszej klinice niejedno-

krotnie przekonać się możemy, jak znakomicie protezy na tak pomniejszonem oku się osadzają. Atoli w tylu innych przypadkach zniewoleni jesteśmy gałkę w celach leczniczych usunąć zupełnie, wiedząc, że zawierają narośle lub stanem zapalnym grożą drugiemu oku. Jeżeli przytem operacyę wykonujemy ściśle oszczędzając jak najwięcej spojówkę, a zwłaszcza odcinając mięśnie tuż przy twardówce, by zachować je w całości, i jeżeli stosownym szwem spojówkowym staramy się osiągnąć rychło-zrost, w ten sposób powstały kikut przy dość znacznej tkance tłuszczowej oczodołu i powiek wystarcza, by protezie zabezpieczyć swobodne ruchy i przyczynić się do naturalnego wyglądu. Ten naturalny wygląd zależnym jest w przeważnej części od tego, czy górna powieka ma dostateczną podporę. Tej zaś brak przy małych kikutach, a zwłaszcza także w przypadkach braku tkanki tłuszczowej.

Wiadomo, iż zabiegi Mulesa, Adamsa, Frost-Langa, Webster-Foxa jako też zaszywanie węgla, gąbek, jedwabiu, zwoju katgutowego, kul celluloidu, kości słoniowej, złota, srebra, nie zyskały zwolenników. Nie zyskały sobie również prawa obywatelstwa zabiegi wprowadzające parafinę do worka Tenona, ani też przemieszczenie tkanki tłuszczowej, ani nawet Agar-Agar.

Rollet (Revue générale d'ophthalmologie) wycina z okolicy mięśnia naramiennego *(deltoides)* skrawek skóry z tkanką podskórną i wszywa do woreczka Tenona.

W ogólności powiedzieć atoli można, że części czy to organiczne czy nieorganiczne, jak szkło, przemieszczane do worka Tenona po niejakimś czasie zostają wyeliminowane, części zaś tkanki zwierzęcej świeżo po odcięciu z podstawy macierzystej przemieszczone, wchodzą wprawdzie w połączenie ścisłe z nową podstawą, ale z biegiem czasu tak się kurczą, że z nich nie pozostaje często ani śladu.

Nową była myśl rzutkiego okulisty z Clermont-Ferrand dr Chibreta, który postanowił całą gałkę przemieścić w miejsce wyjętej. Nie posiadając ku temu oczywiście gałki ludzkiej, postanowił ją zastąpić gałką do niej najpodobniejszą t. j.

świńską. Była to próba śmiała, tem więcej, iż tu chodziło o przemieszczenie całego organu, a tem śmielsza, iż Chibret liczyć się musiał z trudnościami, jakie przedstawia heteroplastyka. Ale *audaces fortuna adjuvat.* Próba się udała, oko transplantowane miało wygląd dobry, a to tak zachwyciło operatora, iż dał się fantazyi unieść i wypowiedział nadzieję, że może kiedyś dojdziemy do takiej perfekcyi techniki, że nietylko oko świńskie się przyjmie, ale nawet wszystkie funkcye swe pełnić t. j. widzenie umożliwiać będzie. Na wytłumaczenie tego poglądu na przyszłość dodać tu winienem, że śmiałe to słowo entuzyasty o krwi południowca, umieszczono nie w piśmie ściśle naukowem, ale w piśmie beletrystycznem, przeznaczonem dla publiczności chciwej wrażeń. Zapał atoli widocznie ostygł, bo ani naśladowców nie znalazł autor pomysłu, ani sam o dalszych doświadczeniach nie doniósł światu.

Prof. Rohmer z Nancy, który wprowadzał do jamy peritonealnej gałki zwierzęce z dobrym wynikiem, przeszedł następnie do praktycznego zastosowania wyników doświadczeń i przemieścił oko królicze do jamy oczodołowej u człowieka, po wyjęciu z powodu zapalenia tęczówko-rzęskowego gałki oślepłej, a spojówkę ponad króliczem okiem zeszył. Atoli oko po dwóch tygodniach zostało wyeliminowane. Sprawa zdawała się dla Rohmera przesądzoną. Prof. Lagrange nie wiedząc o doświadczeniu ujemnem Rohmera sam podjął doświadczenia nad tą sprawą, a wyniki tychże podał w roku 1901 w Annales d'oculistique, Mars *(Heteroplastie orbitaire par la greffe d'un oeil de lapin dans la capsule de Tenon)* zaznaczając tamże jakoteż w la Clinique ophthalmologique 1901 *(A propos de l'heteroplastie etc.)*, że wynik zależnym jest jedynie od sposobu wykonania operacyi. W kilka lat później, bo w r. 1905 występuje Lagrange z nowym przyczynkiem i to w towarzystwie francuskich okulistów w Paryżu, gdzie miałem sposobność widzieć przypadki przez Lagrangea przedstawione.

W dyskusyi nawiązanej do rozprawy i demonstracyi przypadków robiono zarzut z jednej strony, iż przemieszczone gałki prędzej czy później ulegają zupełnemu wessaniu, a zatem

zamierzony i oczekiwany skutek unicestwia się. Ten zarzut zrobił przedewszystkiem Rohmer, który mniemał, że Lagrange zniewolonym będzie rozstać się ze swemi iluzyami i powrócić do parafiny. Wobec zdań tak przeciwnych dwóch poważnych reprezentantów tejże specyalności postanowiłem sam wypróbować metodę.

Operacyę tę wykonałem dotychczas na oczach zrazu wedle sposobu Lagrange'a, a w następnych przypadkach modyfikując ją tak, jak to później zaznaczę.

Sposób Lagrangea polega na tem, że w czasie operacyi wyłuszczania gałki pojedyńcze mięśnie proste ujmuje się szwem jedwabnym lub katgutem, aby one nie zgubiły się w głębi. Po wyłuszczeniu gałki tamuje się kompresami lodowemi krwotok, wkłada gałkę królika, stosownie wielką, rogówką ku tyłowi t. j. w stronę nerwu wzrokowego, zeszywa parami mięśnie proste nad gałką a potem nad temi szwami spojówkę. Otóż wykonanie tego zabiegu jest dość żmudne, a niejednokrotnie nadzianie mięśnia na nitkę utrudnione a nadto później nieraz nitka ginie. Niebawem więc zmieniłem to postępowanie operując w sposób następujący:

Ponieważ operacya nieco żmudna i bolesna, o ile tylko można najlepiej chorego uśpić; gdy temu poważna staje na zawadzie przeszkoda, zastrzykuję nowokainę i adrenalinę najpierw podspojówkowo w kierunku czterech mięśni prostych. W kilka minut później zwykłym sposobem obcina się spojówkę naokoło rogówki i podcinam spojówkę ku tyłowi. Nadziewam mięsień prosty wewnętrzny na haczyk, podnoszę go, przeprowadzam od nosa igłę z katgutem przez torebkę Tenona, przez przyczep mięśnia, a ująwszy teraz po usunięciu haczyka oba ramiona nitki, lewą ręką odciągam mięsień od twardówki i odcinam go tuż przy twardówce. Oddaję teraz tę długą nitkę asystentowi a w ten sam sposób postępuję z przeciwnym prostym przeprowadzając atoli nitkę w odwrotnym kierunku t. j. najprzód przez cięciwę i torebkę Tenona a odłożywszy haczyk ujmuję pętlą tej samej nitki mięsień i odcinam od twardówki jak poprzednio. W ten sposób postępuję

z mięśniami prostymi, górnym i dolnym, przyczem zawsze uważać trzeba na to, by nitka katgutowa była dość długa i przez asystenta należycie obie chronione przy następnym akcie t. j. w przecięciu od nosa nerwu wzrokowego i obu mięśni ukośnych. Gdy to uskuteczniono, wypłukuję pozbawioną gałki torebkę Tenona zimnym fizyologicznym rozczynem sterylizowanym soli, drugi asystent podaje mi gałkę króliczą ściśle z przestrzeganiem warunków aseptyki poprzednio wyjętą i do chwili potrzebnej przechowywaną w ciepłym rozczynie soli i wkłada ją rogówką ku tyłowi do otwartej torebki Tenona, a sam ściągam nitkę obejmującą brzeg mięśni prostych wewnętrznego i zewnętrznego a zawiązując je zbliżam takowe do siebie. Tosamo robię z drugą parą mięśni prostych. Następnie zakładam szew kapciuszkowy ponad przemieszczoną gałką króliczą przez brzeg odciętej spojówki. Po dokonaniu operacyi zakładam natychmiast obuoczną opaskę zwojową. Po trzech dniach zmieniam opaskę, a po pięciu wyjmuję szew jedwabny spojówkowy, poczem już tylko *monoculus* bywa zakładanym przez kilka dni.

W przypadkach, gdzie operowano po znieczuleniu przez wstrzyknięcie nowokainy zakładam opaskę mokrą, a na nią okład Leitera stosując zimno przez kilka godzin dla ograniczenia zwykle silnej reakcyi, której w innych przypadkach nie widujemy wcale albo bardzo nieznaczną. Podnoszę, że gdy Chibret, a za nim Rohmer, Terrier, Bradfort, gałkę obcą wprawiali w naturalnem położeniu t. j. rogówką ku przodowi, niejednokrotnie następowało zropienie rogówki, wypadnięcie ciałka szklistego a tem samem unicestwienie zabiegu całego. Lagrange nie ubiegając się wcale o osiągnięcie zbyt wygórowanych celów, a mianowicie nie kusząc się o przywrócenie czynności oka przemieszczonego uznał powód niepowodzenia w narażeniu rogówki na zniszczenie wskutek niedostatecznego odżywienia, szkopuł ten ominął przez przemieszczenie gałki w odwrotnym kierunku.

Ogólna liczba operacyi, wykonanych przeważnie przeze-

mnie, częściowo przez asystentów, wynosi 35, a mianowicie: u 16 mężczyzn, 6 kobiet i 13 dzieci.

Choroby, dla których wykonano operacye były: *Staphyloma permagnum corneae* (3), *Phthisis bulbi* (8), *Tumor* (6), *Iridocyklitis* (2), *Buphthalmus* (3), *Atrophia dolorosa* (8), *Haemophthalmus internus et degeneratio bulbi* (1), *Uveitis purulenta* (3), *Corpus alienum in bulbo* (1).

Przebieg operacyi był prawidłowy w 24 przypadkach, w kilku przypadkach nitki przecięto, tak, że trzeba było ponownie odszukać mięsień i takowy zeszyć, w jednym przypadku dla silnego krwotoku po przecięciu nitek zaszyto tylko spojówkę nad gałką, w 2 przypadkach wystąpił silny *exophthalmus* z powodu krwotoku.

Przebieg gojenia w 22 przypadkach był zupełnie gładki bez komplikacyi, w 11 przypadkach zanadto silny obrzęk spojówki, w 1 przypadku nastąpiło zropienie gałki i w 1 pojawiła się recydywa narośli, która wymagała wypaproszenia oczodołu wraz z przemieszczoną gałką.

Narkozę ogólną zastosowano w 32 przypadkach, a w trzech miejscowe znieczulenie.

Wielkość gałki pozostała prawidłową do chwili wypuszczenia chorego i później w 29 przypadkach, zmniejszona o $^1/_3$ w 3 przypadkach, o $^1/_2$ w 2 przypadkach. w innych przypadkach nie zarejestrowano nic. W jednym przypadku już po niespełna 4 miesiącach zmniejszyła się gałka na $^1/_5$.

Ale w wyjątkowych razach zmniejszenie gałki może w krótkim względnie czasie wysokich dojść stopni. I tak niedawno zgłosił się po protezę 17-letni chłopak, któremu 14. IV. b. r. zrobił asystent dr B. wyłuszczenie gałki i wprawienie króliczej z powodu ropnego zapalenia jagodówki po urazie. Przebieg operacyi, jakoteż pooperacyjny miał być dobry, a gdy chory w 13 dni po operacyi opuszczał klinikę gałka była niezmieniona, ruchoma. Dn. 17-go lipca, gdy zgłosił się po protezę już zaledwo gałka królicza jest wyczuwalną, zmniejszona do $^1/_5$, bolesna na dotyk silniejszy. I proteza dobrana robi wrażenie protezy osadzonej po zwykłej enukleacyi, także

i *sulc. orb.-palp.* więcej po stronie operowanej aniżeli po drugiej się znaczy.

Operacye dowiodły:

1) że gałka cała doskonale zrasta się z mięśniami i jest poruszalna w równym stopniu co i druga,

2) że zagojenie następuje względnie szybko przy należytem zachowaniu się operowanego,

3) że związek z tkanką pierwotną gałki przemieszczonej jest tak ścisły, że tam, gdzie po wyłuszczeniu gałki dla narośli nastąpił nawrót, narośl przerasta gałkę przemieszczoną tak samo jak własną tkankę chorego,

4) że nawet w ściśle przeprowadzonych operacyach gałka z czasem maleje i to mniej więcej do $^1/_2$ a nawet do $^1/_3$ części pierwotnej,

5) że im starszym jest osobnik, na którym operacyę wykonano, tem silniejszym jest ten zanik a może nawet dojść do tego stopnia, iż gałkę przemieszczoną po dłuższym czasie zaledwo się wyczuwa,

6) że gałka przemieszczona nawet kurcząc się nie daje powodu do sympatycznego zapalenia drugiego oka, przynajmniej wedle dotychczasowych spostrzeżeń.

Zachodzi pytanie, kiedy na przemieszczonej gałce osadzić protezę? Tu winienem zaznaczyć, iż nie powinno to nastąpić wcześniej, dopóki wszelka reakcya pooperacyjna nie ustąpi, a zazwyczaj będzie to po upływie czterech tygodni, jeżeli operacya wykonaną była w narkozie, później zaś, jeżeli zrobioną była ze zastowaniem znieczulenia przez nabieg Schleichowski.

Jakie, zapytamy, wynikają korzyści z postępowania co dopiero opisanego? Wszakże ruchliwość gałki, o którą nam chodzi, osiągamy również osadzając protezę na zmniejszonej gałce. Prawda, ale tutaj nie jest wykluczonem drażnienie drugiego oka na drodze sympatycznej. Gałkę przemieszczoną tak

doskonale mięśnie odpreparowane od chorej gałki obejmują, iż tamta zupełnie z prawidłową równe wykonuje ruchy, które udzielają się osadzonej na niej protezie. Najgłówniejszą jednak korzyścią tego postępowania jest uniknięcie tak szpecącego i łatwo sprawę zdradzającego zapadnięcia się w oczodół górnej powieki i wzmożenie rowka powiekowo-oczodołowego.

Dr Coulomb w znakomitem dziełku poświęconem wyłącznie protezie pod tytułem: *L'oeil artificiel* Paris J. B. Baillère et fils pisze:

»Nous concluerons en disant que, en nous plaçant au seul point de vue de l'oculariste et des résultats esthétiques que nous recherchons, nos préférances se portent nettement vers les cas ou nous avons à placer un oeil arteficiel sur un glóbe qui en déhors de l'aspect plus ou moins déplacant qu'il présente a gardé intacte toute sa mobilité et offre par son volume, le soutien idèal à la coque d'émail. p. 91«.

Oczywiście, że ze stanowiska okularysty t. j. technika starającego się o względy czysto estetyczne, zapatrywanie to najzupełniej jest racyonalnem, ale okulista - lekarz uwzględnić winien jeszcze inny moment, oglądając się na przyszłość swego klienta. Jemu chodzić powinno i o to, czy rękoczyn obrany dla osiągnięcia dobrej protezy nie jest połączony z niebezpieczeństwem zapalenia sympatycznego dla drugiego oka.

Otóż na podstawie naszej statystyki niebezpieczeństwa takiego nie było lubo nie śmielibyśmy pod tym względem ostatniego wydać wyroku wobec niedostatecznego jeszcze materyału.

Ale są jeszcze inne korzyści, które przez przemieszczenie gałki zwierzęcej osiągamy, a mianowicie:

U dzieci małych, którym nie zawsze można protezę emaliową zaaplikować, przemieszczona gałka na dłuższy czas zastąpi sztuczne oko pod względem utrzymania powiek w należytem położeniu, a częściowo także pod względem kosmetycznym.

Dalej chory, wedle mego doświadczenia, daleko prędzej godzi się na wyjęcie gałki sympatyą grożącej, gdy mu się

powie, że w miejscu jej dostanie inną względnie lepiej wyglądającą gałkę.

Tak więc kończąc moje wywody śmiem zabieg ten, aczkolwiek zmudny, do naśladowania polecić, a mianowicie w przypadkach:

1) gdzie chodzi o względy kosmetyczne,

2) gdzie chodzi nam o nakłonienie chorego do wyjęcia gałki,

3) gdzie nie prędko, jak u małych dzieci, protezę osadzić będziemy mogli.

Natomiast unikamy przemieszczenia gałki zwierzęcej w przypadkach wyłuszczenia gałki z powodu narośli, jeżeli wyrastająca po za gałkę narośl daje powód do obawy nawrotu.

Dopisek. Z drukiem niniejszego artykułu wstrzymałem się umyślnie, aby obserwując po dłuższej przerwie przypadki operowane módz sobie wyrobić zdanie o wartości zabiegu operacyjnego na dalszą metę. Otóż pod tym względem zaznaczyć winienem, że gałki przemieszczone ulegają z czasem tak znacznemu zanikowi, że często zaledwo ślad gałki pozostaje zwłaszcza u osób starszych, gdy u młodszych i po dwu latach pozostaje kikut niebolesny, dobrze ruchomy, na którym gałka wybornie porusza się a proteza doskonale zamaskowana.

Wobec tego ograniczyłem w ostatnich czasach transplantacyę gałek i uważałbym ją za wskazaną głównie u dzieci, a dalej ze względów praktycznych dla nakłonienia upartego chorego do koniecznej enukleacyi.

Rysunki załączone przedstawiają oczodoły z przemieszczonemi gałkami fig. 1, 3 i 6, jako też takowe po pokryciu tychże protezą fig. 2 i 5, dalej uwydatnia rysunek fig. 4, jak w takich przypadkach *sulcus orbito-palpebralis* przybiera wgłębienie prawidłowe równające się takiemuż drugiego oka i to po włożeniu protezy, a bez protezy rysunek fig. 7. Tu oczywiście widać lekkie zapadnięcie lewej górnej powieki, ale daleko słabsze aniżeli w przypadkach, gdzie wyjętej gałki nie zastąpiono zwierzęcą.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LIX. Z. 2. (Referent Dr Bałłaban).

Badania nad widzeniem i nad oddziaływaniem źrenicy u dziennych i u nocnych ptaków. (Untersuchungen über das Sehen und die Pupillenreaction von Tag- und Nachtvögeln). C. Hess.

W łączności z opisanemi już dawniej, w tem samem piśmie, badaniami nad wzrokiem u gołębi i u kur, autor pogłębił swe spostrzeżenia przez badanie ócz u drapieżnych ptaków dziennych i nocnych. I tak spostrzegał Hess u sokoła, że przy karmie posługuje się on tylko zmysłem twarzowym. Jeżeli pozawiesza się na ciemnej płaszczyźnie kawałki mięsa, to ptak ich nie rusza, a dopiero wówczas je chwyta, gdy płaszczyznę tę się oświeci. Drobnowidowo dają się spostrzegać na siatkówce sokoła żółte i czerwone kule, podobnie jak u kury, aczkolwiek mniej liczne. Obok słupków znajduje się wiele pręcików. Jeżeli rzuci się na jakąś płaszczyznę widmo świetlne i przesuwa się po niem kawałkiem mięsa, to zwierzę chwyta za mięso, gdy ono się znajduje na barwie czerwonej, żółtej i zielonej. Na barwie fiołkowej pozostawia mięso nietknięte. Przy badaniach co do adaptacyi świetlnej wynika, że zwierzęta adaptowane w jasności, widzą przy zmniejszaniu się oświetlenia gorzej, aniżeli człowiek, a adaptacya zwiększa się powolniej.

Dalej przeprowadzał autor badania nad nocnymi ptakami, przyczem pokazało się, że omawiany u nich często światłowstręt nie istnieje, a źrenice ich zwiększają się przy oddziaływaniu z 3 na 9 mm. Przy badaniu drobnowidowem pokazało się, że na siatkówce sowy znajduje się mniejsza ilość żółtych kul, jak u sokoła. Oprócz tego widać tam dość liczne kule brunatne, mniej zaś liczne zielone. Prócz tego bardzo liczne czopki, dochodzące do miliona. Badanie z sowami zapomocą widma pouczyły, że adaptowane w jasności sowy widzą części widma, o krótkich falach dalej, jak ptaki dzienne, adaptowane zaś w ciemności sowy chwytają pewniej w okolicy niebieskiego i fiołkowego. Następnie przeprowadzał autor badania nad zwierzętami adaptowanemi w ciemności, i przekonał się, że u ptaków dziennych odczyn jest najsilniejszym przy barwie żółtej, natomiast przy barwie błękitnej i zielonej jest on słabszym.

O włóknach pierwotnych w cylindrach osiowych nerwu wzrokowego i o wartości żylakowatych cylindrów osiowych. (Über Primitivfibrillen in den Axencylindern des Nervus opticus und über die Werthung varicöser Achsencylinder). Dr Bartels.

Po opisie sposobu w jaki się te włókna otrzymać i barwić dadzą przychodzi autor do następujących wyników:

1. Każdemu czopkowi żółtej plamki odpowiada większa ilość włókien, które służą do jego drażnienia.

2. Każde włókno służy jako przewodnik dla większej ilości czopków i pręcików, znajdujących się na obwodzie siatkówki.

Patologicznie mogą się na cylindrach osiowych znajdywać zgrubienia, jeżeli one nie przekraczają grubości włókna nerwowego.

Na prawidłowym nerwie mogą powstać zgrubienia żylakowate sztucznie przy utrwaleniu preparatu. Powstają one przez zmarszczenie i odpowiadają więcej stanowi prawidłowemu, aniżeli cienkie miejsca, tamże spostrzegane.

Przypadek xeroderma pigmentosum powikłany z cierpieniem ócz. (Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit Augenleiden). Dr Cuperus.

U bardzo wątłej dziewczynki pojawiła się w 4-m roku życia choroba skóry, przyczem wystąpiły na niej brunatne plamy, które coraz bardziej grubiały. Następnie skóra zcieńczała i powstały brodawki. W rodzinie nie spostrzegano podobnej choroby, a także brak było u dziecka piegów. Na całej skórze, która była zanikłą i łuszczyła się, znajdywały się barwikowe plamki, podobne do piegów i teleangiektazye. Wolną od tych zmian była tylko skóra na podeszwach i na dłoniach. Na prawej twarzy znajdywał się rozpadły i krwawiący nowotwór, który zajmywał przestrzeń od granicy włosów aż do kącika ust i od nosa do ucha. Przerzutów nie było. Kiła i skrofuloza były wykluczone. Górna powieka była pokrytą rakowatemi wybujałościami, powikłanemi z xeroderma pigmentosum.

Badanie drobnowidowe uwidoczniło raka z bardzo dużemi i bardzo małemi komórkami, wiele ognisk nekrotycznych i nieprawidłową koryokinezę. W żółtawo-zabarwionej tkance były komórki barwikowe bardzo nieliczne.

O glejowatem zwyrodnieniu szlaku nerwu wzrokowego. (Über gliomatöse Entartung der Opticusbahn). Dr Fischer.

Dotychczas opisywano w nerwie ocznym włókniaki, śluzowłókniaki i śluzo-mięsaki. Chcąc zrobić rozpoznanie glejaku należy się w tym celu posługiwać specyalnym sposobem barwienia.

Autor miał sposobność badać pozagałkowy guz, przyczem posługując się metodą Goltriego wykazał znaczne bujanie tkanki glejowatej, która znajdywała się jednak w stanie nieprawidłowego rozwoju. W części śródczaszkowej były przegrody utrzymane, które stawiały zaporę nadmiernemu bujaniu komórek. Bujanie tkanki glejowatej ograniczało się po większej części na podłoże, na którem nowotwór powstał, pochwy nerwowe nie były jednak całkiem wolne od nowotworu. Włókna nerwu wzrokowego zmarniały całkowicie. Widać więc z badania, że w glejakach może wybujała komórka pozostać w stadyum całkiem obojętnem, wybujałości zaś glejowate mogą spowodować nacieki w pochwach nerwu wzrokowego.

Nowy przypadek wrodzonego nitkowatego zrostu powiek. (Ein neuer Fall von Ankyloblepharon filiforme adnatum). Wintersteiner.

U urodzonej w 7-m miesiącu dziewczynki znalazł autor podobne zmiany, jakie to niedawno Reis opisywał. Pomiędzy należycie rozwiniętymi rzęsami znajdywała się nitka, zezwalająca otworzyć szparę powiekową tylko na 2 mm. Badanie tej nitki wraz z ograniczającemi ją powiekami wykazało zrogowaciały przybłonek i tkankę łączną unaczynioną. Autor jest zdania, że zmiana ta jest wyrazem zapalenia brzegu powiekowego powstałego przez drapanie w życiu śródpłodowem.

Badania nad powstaniem i rozwojem jaglicy. (Untersuchungen über die Entstehung und Entwickelung des Trachoms). Greff, Frosch i Clausen.

Część II. *Szczepienia i dalsze doświadczenia na jagłami.*

U 42-letniego mężczyzny zaszczepił autor spojówkę wydzielinami jaglicy, wziętemi ze spojówek 13-letniego chłopaka. Jaglica się nie przyjęła, może być że dla braku skłonności.

U 22-letniego mężczyzny szczepiono spojówkę licznemi zabarwionemi jagłami, przyczem wynik był dodatnim po 3 dniach.

Po upływie 15—20 dni wystąpił obrzęk i przerost spojówek, po miesiącu jagły.

Szczepienia u zwierząt.

1. Króliki i świnki morskie są całkowicie odporne, przyczem nie pojawia się nawet nieżyt spojówek.

2. To samo u psów.

3. U małp niższego rzędu pojawia się nieżyt, ale nigdy nie powstaje jaglica.

4. U małp zbliżonych do ludzi (antropoidowych) powstaje schorzenie podobne, ale nie będące jaglicą.

U pawiana dał się uzyskać dodatni wynik, przyczem jednak brak był typowych szarych jagieł.

H a l b e r s t a d t e r i P r o v a z e k osięgli przy swoich doświadczeniach takie objawy, które są tylko zbliżone do objawów u człowieka, a sądzą oni, że podobnie jak przy kile jest wrażliwość u zwierząt mniejszą.

Archives d'Ophthalmologie. R. 1908. Nr 3. (Referent K. W. M a j e w s k i).

Zatkanie tętnicy środkowej siatkówki, mięsienie uciskowe, wyleczenie. (Obstruction de l'artère centrale de la rétine massage-pression, guérison). V a n D u y s e.

Embolia tętnicy środkowej siatkówki w tem znaczeniu, w jakiem pojmował G r a e f e, nie została jeszcze anatomicznie dowiedzioną. W ostatnich czasach coraz więcej zwolenników zyskuje zapatrywanie, że nawet w przypadkach zupełnie nagle występującej ślepoty zachodzi nie zator, lecz zakrzep *(thrombosis).* Światło naczynia zwęża się stopniowo, co powoduje chwilowe, przemijające zamglenia wzroku (obnubilacye), aż wreszcie przychodzi chwila ostatecznego i zupełnego zamknięcia tętnicy, co pociąga za sobą natychmiastową utratę wzroku. Zdarzają się jednak przypadki, które na podstawie przebiegu klinicznego trudno uważać za coś innego, jak za embolię. Do takich należy spostrzeżenie opisane przez autora. Został on wezwany do 72-letniej staruszki w godzinę po nagłem wystąpieniu ślepoty na oku lewem. Stwierdził nieruchomość źienicy miernie rozszerzonej, brak poczucia światła, tętnice siatkówkowe nitkowate, puste, żyły również zwężone. Żyła skroniowa górna wypełniona słupkami krwi naprzemian wodojasnej i ciemno-czerwonej, poruszającymi się zwolna za każdym skurczem serca. Autor przystąpił natychmiast do wykonania energicznego mięsienia gałki, połączonego z dość silnym uciskiem *(massage-pression).* Bezpośrednio po tym zabiegu wzrok powraca, chora zrazu widzi niewyraźnie, dostrzega palce, ale ich nie może policzyć. Badanie wziernikiem wykazuje, że tętnice i żyły odzyskały prawidłową szerokość, nadto w świetle tętnicy nosowej górnej, w obrębie tarczy widać wyraźnie czop ciemno-czerwonej barwy. Nazajutrz wzrok znacznie się poprawił, a 3-go dnia oko odzyskało bystrość prawidłową i prawidłowe pole widzenia. Jak się w dalszym przebiegu zachowywał czop wyżej wymieniony, autor nie wspomina. Rozbiera

natomiast szczegółowo przypadek pod względem patogenetycznym, zwłaszcza zaś kładzie nacisk na zapatrywanie Schnabla, że w razie nawet częściowej embolii lub trombozy skurcz ścian naczyniowych wywołany podrażnieniem zajmuje nieraz wszystkie rozgałęzienia tętnicy siatkówkowej i może spowodować zupełną ślepotę, która jednak może być przemijającą, o ile zatamowanie krążenia nie przeciągnie się zbyt długo i nie doprowadzi do obumarcia wrażliwych składników siatkówki. W swoim przypadku autor skłonny jest przypuścić prawdziwą embolię, mimo, że w sercu żadnych zmian nie można było wykazać, ale z właściwą sobie przedmiotowością rozważa tak w tym, jak wogóle w podobnych przypadkach możliwość zakrzepu czyto z powodu sklerozy, czy z powodu endarteriitis, możliwość skurczu naczyniowego, wywołanego częściowym zatorem lub zakrzepem, a wreszcie nie wyklucza także współczesnego wytworzenia się tych różnych zboczeń w jednym i tymsamym przypadku.

Warunki skuteczności iridosklerektomii (operacyi Lagrange'a). (Les conditions d'efficacité de l'iridosclérectomie (opération de F. Lagrange). Rochon-Duvigneaud.

Autor w zasadzie jest zwolennikiem operacyi Lagrange'a, twierdzi jednak, że twórca jej sam się przyczyni do jej zdyskredytowania, jeśli między sposobami jej wykonania dopuści także wycinanie powierzchownego rąbka twardówki bez wytworzenia okienka podspojówkowego, obejmującego całą jej długość. Autor zwraca uwagę na zupełną bezskuteczność sklerotomii Weckerowskiej, która dowodzi, że zamknięta blizna twardówkowa nie może stać się blizną przesączającą. W przypadkach, gdzie sama irydektomia nie wystarcza, tembardziej wystarczyć nie może sama sklerotomia, operacya stanowiąca pierwszy tylko akt irydektomii. Taksamo wystarczyć nie może w przypadkach jaskry przewlekłej i t. zw. prostej operacya Lagrange'a, jeśli się przy niej nie wytnie kawałka twardówki w całej grubości. W takim bowiem razie działa ona tylko jako zwyczajna irydektomia. Twierdzenie to popiera autor spostrzeżeniami z własnej praktyki. Tylko w tych przypadkach jaskry przewlekłej lub prostej uzyskiwał trwałą poprawę, w której udało mu się utworzyć przetoczkę podspojówkową czy to z płaskiem, czy z pęcherzykowatem zabliźnieniem. Tak więc jeśli operacya Lagrange'a ma zdobyć sobie prawo obywatelstwa w chirurgii ocznej, to musi polegać na stworzeniu prawdziwej blizny przesączającej. Z trzech rodzajów blizn, jakie w swej pracy Lagrange wymienia tylko drugi i trzeci rodzaj do tego się nadaje. Pierwszy z nich należy, zdaniem autora, stanowczo odrzucić.

Sparzenia przez ciała żrące, kwasy i zasady. Operacya zrostu powiek z płatem skórnym uszypułowanym. (Brûlures par les caustiques. acides et bases. Opération du symblépharon total par lambeau cutané à pédicule). G. Sous.

W 2 przypadkach sparzenia oka, w jednym wapnem niegaszonem, w drugim stężonym kwasem solnym przyszło do rozległego zrostu powieki górnej z gałką. Autor zastosował w obu przypadkach plastykę, polegającą na wszyciu w miejsce zniszczonej spojówki płatu skórnego wziętego z powieki dolnej, względnie ze skroni celem wytworzenia załamka. Płat jest uszypułowany, szypułę przecina się dopiero po kilkunastu dniach, gdy zrost jest już zupełny i zapewniony. Skóra cienka, prawie nieposiadająca wcale włosków *(lanugo)* zastępuje bardzo dobrze spojówkę, nie drażni i pozwala na swobodne ruchy. Nawiązując do pierwszego przypadku sparzenia wapnem wypowiada autor następujące uwagi:

1) Istnieje pewien średni stopień sparzenia oka wapnem, gdzie rogówka kilkakrotnie się »łuszczy« t. j. zrzuca jednę warstwę przybłonkową zniszczoną po drugiej, pozbywając się w ten sposób stopniowo soli wapniowych.

2) Nawet w najłagodniejszych wypadkach sparzenia wapnem trzeba być w rokowaniu bardzo ostrożnym z powodu częstych a niespodziewanych pogorszeń, jakie w przebiegu występują.

Nr 4. *Załamki zastawkowe przewodzików łzowych i przewodu nosołzowego ze stanowiska anatomii i fizyologii.* (Les replis valvulaires des canalicules et du conduit lacrymo-nasal, au point de vue anatomique et physiologique). Aubaret.

Jak wiadomo opisano cały szereg t. zw. zastawek w przewodzie nosołzowym: tuż koło punktów łzowych w kanalikach jest zastawka Bochdaleka, u wejścia kanalików do worka łzowego zastawka Huschkego, u dolnego końca worka łzowego zastawka Bérauda (Krause'go). W połowie długości przewodu łzowego zastawka Taillefera, a u dolnego ujścia przewodu zastawka Hassnera. Ściśle biorąc z wyjątkiem tej ostatniej wszystkie inne nie zasługują na nazwę zastawek. Są to tylko zmarszczenia, załamki błony śluzowej nie mogące w żadnym razie zamknąć światła przewodu. Tylko zastawka nosząca imię Hassnera, którą jednak po raz pierwszy opisał Bianchini, jakkolwiek okazuje u poszczególnych osób znaczne różnice indywidualne, to jednak w większości przypadków stanowi rodzaj wentyla, nie pozwalającego powietrzu lub wydzielinie wciskać się od strony jamy nosa do przewodu nosołzowego. We wielu jednak przypadkach można mówić o nie-

domykalności tej zastawki. Badania w tym kierunku przeprowadził Bert, wstrzykując od strony nosa pod pewnem ciśnieniem płyny zabarwione. Autor powtórzył te badania posługując się kaniulami szklanemi, połączonemi z balonem kauczukowym i z manometrem rtęaiowym. Zapomocą takiego urządzenia starał się na preparatach ze świeżych zwłok wtłaczać powietrze ze strony jamy nosa do przewodu nosołzowego. Badania takie wykazują we wielu razach niedomykalność zastawki Hassnera. Za istnieniem takiej wady przemawiają dawno już znane spostrzeżenia, że dym tytuniowy przy zaciśnięciu nozdrzy i ust dostaje się przy odpowiedniem parciu przez przewód łzowy do worka spojówkowego. Taksamo wędruje częstokroć tabaka z jamy nosa do oczu.

Wydobywanie odprysków żelaza z oka zapomocą olbrzymiego elektromagnesu Haaba. (L'extraction des éclats de fer de l'oeil à l'aide de l'óleetro-aimant géant de Haab). Baslini.

Na podstawie doświadczenia zdobytego w 10 operowanych przypadkach wnioskuje autor:

1) Elektromagnes Haaba jest najlepszym środkiem rozpoznawczym dla wykrycia ciał obcych żelaznych w oku.

2) Dla wydobycia ciała obcego należy częstokroć zetknąć biegun elektromagnesu z raną przez ciało oku zadaną.

3) Odprysk wychodzi zazwyczaj przez tę ranę. Niekiedy potrzeba wykonać operacyę przedwstępną, jak: rozszerzenie rany lub irydektomia.

4) Sideroskop nie zawsze odpowiada swemu celowi. Częstokroć nie można nim wykryć obecności żelaza w oku.

5) Rokowanie co do przyszłości oka musi być ostrożne nawet w przypadkach, gdzie się udało ciało obce wydobyć.

Zwichnięcie urazowe gruczołu łzowego. (Hernie traumatique de la glande lacrymale). Constentin.

Gruczoł łzowy ulega pod działaniem urazu zwichnięciu, przyczem dostaje się albo pod skórę, albo przez ranę skórną na zewnątrz wypada. O wiele rzadziej do wypadnięcia gruczołu łzowego daje powód rana w spojówce. Taki wypadek spostrzegał autor u 14-miesięcznej dziewczynki, która upadła na hak wbity w ścianę. Zakrzywiony koniec tego haka wsunął się pod górną powiekę, nie uszkodziwszy gałki ocznej i zranił głęboko spojówkę w załamku górnym. Przez ranę tę wypadł gruczoł łzowy. Z niemałym trudem zdołał autor gruczoł wprowadzić z powrotem na właściwe miejsce i zaszyć spojówkę czterema szwami katgutowemi. Wynik operacyi był zupełnie pomyślny. Obrzęk ustąpił, powieka górna dobrze się podnosi, oko nie łzawi.

Nr 5. *Wyniki kliniczne antepozycyi.* (Résultats cliniques de l'avancement musculaire). Landolt.

Autor jest, jak wiadomo, stanowczym przeciwnikiem tenotomii i już od szeregu lat prowadzi kampanię przeciwko tej operacyi. Obecny artykuł poświęcony jest również tej sprawie. Na podstawie całego szeregu przypadków zeza towarzyszącego, względnie porażennego wykazuje L. wyższość antepozycyi nad tenotomią, przytem powtarza znane już z poprzednich prac argumenty. Dodaje do nich nowe zarzuty skierowane przeciw tenotomii, mianowicie twierdzenie jej obrońców, jakoby przecięcie i osłabienie mięśnia »zezującego« (Schielmuskel) mogło w jakiejkolwiek mierze przyczynić się do wzmocnienia działania jego antagonisty. Potępia dalej jak najostrzej wykonywanie tenotomii w przypadkach zastarzałych niedowładów i porażeń mięśni ocznych, stan bowiem, jaki stwarzamy tenotomią nie różni się zewnętrznie wcale od niedowładu mięśnia. Tak więc np. operowany z powodu porażenia mięśnia prostego zewnętrznego otrzymuje po operacyi niedowład mięśnia prostego wewnętrznego, do jednego niedowładu dodajemy zatem drugi. Jedynie uzasadnionym zabiegiem przy niedowładzie lub porażeniu mięśnia, gdy inne bezkrwawe sposoby leczenia zostały bezskutecznie wyczerpane, jest wzmocnienie osłabionego mięśnia, a zatem jego antepozycya. Nie trzeba się przytem obawiać nadmiernego wyniku t. j. zeza przeciwnego w razie gdyby wbrew przewidywaniom pierwotne porażenie ustąpiło lub się zmniejszyło. Mięsień bowiem przeszczepiony ku przodowi posiadałby tylko wtedy pewien dodatkowy zapas siły, z której operowane oko korzystać będzie tylko o tyle, o ile tego wymaga pojedyncze widzenie obuoczne. Inaczej mówiąc z nadmiarem siły mięśniowej oko w każdym wypadku sobie poradzi; szkodliwym może być tylko niedostatek siły spowodowany ubytkiem jej z winy tenotomii. Autor opisuje szereg przypadków, w których antepozycya jednostronna, względnie obustronna wystarczyła bez tenotomii do trwałego usunięcia zezów różnego rodzaju i stopnia.

Postacie kliniczne zmian kilakowych tęczówki. (Formes cliniques de la syphilis gommeuse de l'iris). Rollet.

Autor rozróżnia 3 postacie kliniczne kilakowych zmian tęczówki: 1) *Iritis gummosa circumscripta*, 2) *Pseudohypopyon gummosum*, 3) *Infiltratio gummosa diffusa.*

Pierwsza postać jest najbardziej znana. Niektórzy autorowie zaliczają ją do zmian kiłowych drugorzędnych, uważając guziczek na tęczówce nie za kilak, lecz za papulę. Autor jednak twierdzi

stanowczo, że zmiana ta mimo, iż występuje we wczesnych okresach kiły, jest zmianą trzeciorzędną, dającą się z łatwością wyleczyć zapomocą energicznie stosowanych środków swoistych: wcierania i jod. Druga postać klinicznie nie różni się prawie wcale od zwyczajnego *hypopyon*, tylko wywiady, brak wrzodu na rogówce, wreszcie równoczesne zmiany kiłowe w innych okolicach ciała mogą nas naprowadzić na właściwe tło cierpienia. Energiczneleczenie swoiste i tutaj święci tryumfy. *Iritis gummosa diffusa* zdarza się w przypadkach kiły wyjątkowo złośliwej, gdzie ustrój zatruty i osłabiony rtęci ani jodu nie znosi względnie nie odnosi z ich zastosowania żadnej korzyści.

Wypadek taki miał autor w swej praktyce. U młodego człowieka w 14 miesięcy po zarażeniu powstał kilak na tęczówce, który jednak mimo leczenia zaczął się powiększać i rozpadać, zajmując twardówkę, rogówkę, naczyniówkę, i rozpadając się szybko. W krótkim czasie gałka oczna była zniszczona i musiała być wyjętą. Niedługo wystąpiły takiesame zmiany na oku drugiem i nie doprowadziły do zniszczenia oka tylko dla tego, że chory tymczasem umarł wskutek rozpadowych zmian kiłowych w płucach, wątrobie i nerkach.

Mumps, zapalenie nerwów wzrokowych i zapalenie opon mózgowych. (Oreillons, névrite optique, méningite simple). Van Duyse.

Autor opisuje przypadek mumpsa u 8-letniej dziewczynki. We dwa miesiące po ustaniu gorączki wystąpiła ślepota. Chora rozróżniała zaledwie silniejsze światło. Badanie wykazało obustronne zapalenie nerwów wzrokowych potem przyłączyły się objawy ze strony opon mózgowych: bóle głowy, wymioty, niedowłady. Wystąpienie tych objawów przypisuje autor działaniu toksyn, zarazka wywołującego *parotitis epidemica.*

Izotoniczny rozczyn soli do przepłukiwań i kąpieli ocznych. (Solution chlorurée isotonique aux larmes pour lavages et bains de l'oeil). Cantonnet.

Rozczyn soli 14$^0/_0$ jest izotonicznym z wydzieliną łez. Autor przeprowadził cały szereg badań aby wypośrodkować stężenie izotoniczne rozczynu soli względem łez. Postępując częścią empirycznie (próby na oczach ludzkich, a więc *in vivo*), częścią metodą pośrednią Hamburgera, a częścią metodą bezpośrednią, badając zachowanie się świeżo zdjętych przybłonków rogówki w różnych rozczynach solnych, a więc *in vitro.* Badania te doprowadziły go właśnie do wniosku, że właśnie rozczyn 14$^0/_0$ jest ze wszystkich

najbardziej obojętnym i powinien być w stanie wyjałowionym, używanym do kąpieli ocznych do wypłukiwania przedniej komory po operacyi zaćmy, do opłukiwania oka po operacyach, do hydrodiaskopu Lohnsteina etc. Na końcu zapowiada autor, że wkrótce ogłosi wyniki swych badań nad izotonicznemi wynikami różnych środków, jakich się używa w postaci różnych kropli ocznych *(collyria)*.

Gruźlica rogówki. (Tuberculose de la cornée). Villemonde de la Clergerie.

O ile gruźlica oka wogóle przydarza się dość często, to jednak do rzadszych należą przypadki, w których sprawa gruźlicza ogranicza się do samej tylko rogówki Podobny przypadek spostrzegał autor u 14-letniej dziewczyny, u której na jednem oku pojawiło się typowe ognisko gruźlicze z brzegu rogówki i mimo starannego leczenia miejscowego i ogólnego zniszczyło stopniowo całą rogówkę tak, że o owalcowaniu wzroku nie można już było myśleć. Aby więc usunąć ognisko niebezpieczne dla ustroju (wolnego zresztą od zmian gruźliczych) dokonał autor enukleacyi. Na końcu artykułu podaje wyniki badania mikroskopowego.

Powikłania rogówkowe przy odrze. (Des complications cornéennes de la rougeole). Cosmettatos.

Osutka odrowa zajmuje niekiedy także i rogówkę. Trantas opisał zaćmienia punkcikowate na rogówce, ułożone zazwyczaj pierścieniowato, a występujące równocześnie z wysypką na skórze. Zmiany te są przemijające i zazwyczaj nie trwają dłużej jak osutka skórna. W niektórych razach sprawa przybiera jednak obrót poważniejszy, powstają nacieki i owrzodzenia czasem z przebiciem rogówki i wypadnięciem tęczówki. Autor przytacza 5 takich spostrzeżeń. Według Hertla powikłania rogówkowe w przebiegu odry mają być następstwem przeniesienia zarazków za pośrednictwem palców ze skóry na oko. Autor skłania się jednak do zapatrywania, że przechodzą one do skutku na drodze krwiobiegu, że więc są zmianami przyrody przerzutowej.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1908. Nr. 9. (Referent K. W. Majewski).

Przypadek drucika miedzianego w oku. (Ein Fall von Kupferdraht im Auge). E. Weiss.

Dziecko bawiło się struną z cytry oplecioną miedzianym drucikiem, przyczem doznało zranienia w oko. Autor stwierdził napozór

powierzchowną rankę rogówki, a w przedniej komorze obecność błyszczącego drucika miedzianego opartego jednym końcem o tylną ścianę rogówki, a drugim tkwiącego w tęczówce. Niezapuszczając atropiny, ani pilokarpiny, aby przez zmianę położenia tęczówki nie spowodować przemieszczenia drucika. rozszerzył rankę rogówkową i szczypczykami ciało obce wydobył. Po druciku pozostał w komorze tylko wysięk ropny, który go „pokrywał, uległ jednak w kilku dniach wessaniu. Ponieważ oko nie okazywało znaczniejszego zadrażnienia, utrzymuje autor, że ciało obce nie wprowadziło do przedniej komory żadnych zarazków, a do nagromadzenia się wysięku ropnego (bezgnilnego) dało powód tylko chemiczne zadrażnienie ze strony miedzi, co potwierdza zapatrywania Hirschberga i Lebera o znaczeniu miedzi jako ciała obcego w oku.

Przypadek śluzoropotoku spojówki wyleczony sposobem podanym przez Adama. (Über einen nach der von C. Adam (Berlin) angegebenen Methode behandelten Fall von Blennorrhoea). Scheuermann.

Autor podaje przypadek ropnego zapalenia spojówki u 8-miesięcznego dziecka wyleczony w stosunkowo krótkim czasie przez Adama z Berlina, która nazywa się maścią blenolenicetową, ale której skład w pracy wcale nie jest podany.

Przypadek zapadnięcia się twardówki przy operacyi zaćmy. (Über einen Fall von Kollaps der Sclera bei einer Kataraktoperation). Roux.

O ile zapadnięcie rogówki, jako objaw hypotomii jest przy operacyi zaćmy, zwłaszcza u osób starszych zjawiskiem dość pospolitem, o tyle rzadko się widzi zapadnięcie twardówki zwłaszcza w takim stopniu, w jakim spostrzegał autor w swoim przypadku. Operował on 32-letniego mężczyznę z powodu zaćmy miękkiej obustronnej, której etyologia pozostała niewyjaśnioną. Operacyę wykonał tylko na prawem oku Cięcie rogówkowe i irydektomia odbyły się prawidłowo, ale bezpośrednio po rozcięciu torebki zapadła się nieckowato najpierw rogówka, a wnet potem mimo, że nie było najmniejszego wypływu ciała szklistego, zapadła się także i pomarszczyła cała twardówka, tak, że tylko z trudnością dało się przez nacisk źrenicę z kory oczyścić. Wśród tego gałka oczna w całości zapadała się coraz bardziej mimo, że ciało szkliste nie wypływało wcale i autor zakładając opatrunek uważał oko to już za stracone. Tymczasem wbrew przewidywaniu już przy pierwszej zmianie opatrunku okazało się, że gałka zupełnie się wypełniła,

rana się zamknęła, komora przednia głęboka, źrenica regularna czarna, a napięcie prawidłowe. Operowany po kilku dniach opuścił zakład z dobrym wynikiem optycznym. Autor wspomina o podobnych spostrzeżeniach Chodin'a, który tłumaczy takie zapadanie się twardówki wrodzonym brakiem w niej włókien sprężystych. Tłumaczenie to nie zadawalnia autora, który podnosi potrzebę gromadzenia dalszych spostrzeżeń i przeprowadzenia dalszych badań.

O działaniu promieni Roentgena na rozwój oka. (Die Wirkung der X-Strahlen auf die Entwickelung des Auges). Triboudeau i Bellay.

Autorowie robili doświadczenia na nowo-narodzonych kotach w pierwszych 5 u dniach po urodzeniu, zatem jeszcze przed otwarciem powiek, a więc w okresie, kiedy rozwój gałki ocznej jeszcze nie jest ukończony. Przez wystawienie oczu tych na działanie silnego światła Roentgena wywoływali oni różne zmiany i zaburzenia w rozwoju. Niektóre z tych zmian były takiesame, jakie powstają u dorosłych zwierząt, inne są tylko noworodkom właściwe i na nie autorowie pierwsi uwagę zwrócili.

Do pierwszej kategoryi należą:

1) *Radiodermatitis palpebrarum et alopecia ciliorum.*

2) *Conjunctivitis purulenta.*

3) *Keratitis diffusa.* (Przemijające zaćmienie rogówki).

4) Zmiany chemiczne i mikroskopowe w cieczy wodnej.

Do drugiej kategoryi należą następujące zmiany:

1) Wcześniejsze otwarcie powiek o kilka godzin po stronie naświetlonej niż po drugiej. Autorowie przypisują to szybszemu obumarciu komórek przybłonkowych warstwy sklejającej brzegi powiek.

2) Opóźnienie w prawidłowej pigmentacyi tęczówki i błony migawkowej. Tęczówka na oku naświetlonem jeszcze po otwarciu oka zachowuje barwę szaro-łupkową, gdy w tymsamym czasie na drugiem oku tęczówka przybrała już prawidłową złoto-żółtą barwę.

4) Już 35 dnia stwierdzić można z łatwością zaćmienie soczewki, zaczynające się od równika i obejmujące później korę i jądro. Oko wystawione na promienie Roentgena wolniej rośnie niż drugie. stąd po pewnym czasie stwierdzić można wyraźną różnicę wielkości obu gałek, a zatem *microphtalmus* po stronie naświetlonej, jest to objaw t. zw. hypobiozy.

5) Pewna szczególna, mikroskopowo tylko dająca się stwierdzić zmiana w siatkówce. Między innymi powstają w zewnętrznej warstwie ziarnistej twory przypominające żywo gwieździste rozety, które Wintersteiner opisał w przypadkach glejaka siatkówki.

6) Pewnego rodzaju zwłóknienie ciała szklistego, oraz zgrubienie błony szklistej *membrana hyaloidea.*

Autorowie wskazują na wielką rozmaitość zmian, jakie działanie promieni Roentgena, wywołuje w rozwijającem się oku kociem, widocznie oko noworodka mniej jest odporne na szkodliwe działanie promieni Roentgena niż oczy zwierząt dorosłych. Nie chcąc przenosić wniosków wysnutych z doświadczeń na zwierzętach wprost na ludzi, ograniczają się autorowie tylko do przestrogi, żeby przez prostą ostrożność energiczniejszej radioterapii nie stosować u małych dzieci, z wyjątkiem przypadków, gdzie wzrok oka jest już niepowrotnie stracony, a po niszczącem działaniu promieni X można się spodziewać pewnych, przemijających przynajmniej skutków np. w przypadkach *glioma retinae.*

Nr 10 i 11. *O wydęciu względnie zaniku obwodowych części rogówki.* (Über periphere Ectasie bezw. Atrophie der Hornhaut). Fleischer.

Istnieje już cały szereg opisanych spostrzeżeń tej na ogół rzadkiej i co do swej istoty niedostatecznie jeszcze poznanej zmiany. Autor przytacza 6 nowych spostrzeżeń, z których 4 odnoszą się do osób w młodocianym wieku, a dwa do osób starszych.

W przypadkach tych rozwinęło się w stosunkowo krótkim czasie najpierw lekkie zaćmienie obwodowych części rogówki, oddzielone od środkowych części przezroczystych żółtawo-białą, ostrą linią demarkacyjną, a potem część zaćmiona ulegała mniej lub więcej znacznemu wypukleniu, przyczem rogówka w tem miejscu stawała się cieńszą, a temsamem przezroczystszą, a zatem zaćmienie słabszem. Nareszcie cała część wypuklona pokrywała się zrzadka nowo-wytworzonemi drobnemi naczyniami. Wypuklenia te powstawały w różnych miejscach obwodu rogówki, czasem na obu oczach symetrycznie zajmowały części dolne rogówek, które zwisały workowato. Zmianom tym towarzyszyły zwykle objawy pewnego podrażnienia, a następstwem ich było osłabienie wzroku wywołane zmianą krzywizny rogówkowej, która stawała się najczęściej nieregularnie niezborną.

Co do patogenezy tego cierpienia to część autorów, którzy się niem zajmowali uważa je za następstwo sprawy zapalnej. Fleischer nie podziela tego zapatrywania i przypuszcza raczej, że co do swej istoty sprawa polega na pierwotnem zaniku rogówki, a przyczyny tego zaniku upatruje w zaburzeniach krążenia, w wieńcu naczyniowym, oplatającym rąbek spojówkowy. Objawy zapalne, jakie częstokroć towarzyszą tej zmianie uważa autor za następowe.

O sposobach zapuszczania kropel ocznych. Przyczynek do sprawy ocznego odczynu na gruźlicę. (Zur Instlilation von Augentropfen, gleichzeitig als Beitrag zur Minderung der Gefahren der Conjunctivalreaction). Hans Hans.

Autor uważa, że zapuszczanie kropel ocznych odbywa się zazwyczaj w sposób zbyt szablonowy i nie dość ściśle odpowiadający celowi. We wielu razach zależałoby na tem, żeby krople zapuszczone zadziałały tylko na pewne ograniczone miejsce spojówki, np. kokaina, gdy chodzi o przecięcie gradówki. Innym razem wolelibyśmy, żeby krople zetknęły się ze samą tylko rogówką, np. gdy chcemy zwęzić lub rozszerzyć źrenicę. I przy zapuszczaniu rozczynu tuberkuliny sposobem Calmette'a sposobem rozpoznawczym należy, zdaniem autora, ograniczyć działanie odczynnika do możliwie najmniejszej części spojówki, najlepiej do miąska łzowego. Wyrazistość odczynu nic na tem nie straci a natężenie jego nie spotęguje się nigdy do tego stopnia, żeby mogło się stać przykrem dla chorego, lub niebezpiecznem dla oka. W celu udoskonalenia techniki stosowania zapuszczanych kropel na różne części oka i ograniczania ich działania do pewnych tylko części podaje autor szczegółowo różne sposoby wpuszczania kropel i poleca je uwadze praktyków. Zastanawia się też nad rozmaitymi rodzajami zakraplaczy, a w szczególności omawia dobre i złe strony zatopionych rurek, w których sprzedają wyjałowiony rozczyn tuberkuliny i które przez odłamanie obu końców i założenie gumki mogą być na zakraplacz zamienione. Jałowość wkroplonego płynu jest w ten sposób zapewnioną, ale należy bardzo uważać, żeby ostrą krawędzią przełamanej rurki nie zadrasnąć spojówki, bo możnaby w ten sposób mimowoli zamiast odczynu Calmette'a sprowadzić odczyn Pirquet'owski i spowodować wytworzenie się zapalnego guzka w miejscu tak wrażliwem i nieodpowiedniem, jak worek spojówkowy.

Dłużej trwające znieczulenie ludzkiego oka zapomocą oliwy akoinowej. (Eine länger dauernde Unempfindlichkeit des menschlichen Auges herforgerufen durch Akoinöl). Darier.

Działanie kokainy jest, jak wiadomo szybko przemijającem, przytem usuwa ona tylko powierzchowną wrażliwość, nie jest jednak w stanie, nawet w silniejszych rozczynach, usunąć bólów z głębi oka pochodzących, jak ból przy jaskrze, przy zapaleniu tęczówki, ból rzęskowy etc. Kokaina ma zatem wartość jako *anaestheticum*, ale nie może uchodzić za *analgeticum*. Lepsze usługi, gdy chodzi o zmniejszenie bólów wśródgałkowych oddaje dionina. Wedle doświadczeń autora, oraz badań Pflugk'a wybornym środkiem

przeciwbólowym jest akoina bądź w roztworze oliwnym, bądź w postaci maści. 1% oliwa akoinowa zapuszczona do worka spojówkowego nie sprawia znaczniejszego pieczenia, a jest w stanie usunąć niejednokrotnie bolesność na przeciąg 12, a nawet 24 godzin, ponieważ zaś nie jest wcale trującą nie wpływa ani na akomodacyę, ani na szerokość źrenicy, przeto w razie potrzeby może być zapuszczana częściej. Jeszcze lepiej od 1% oliwy akoinowej usuwa bóle 5% maść akoinowa, ale zastosowanie jej jest o tyle nieprzyjemne, że w pierwszej chwili sprawia dość silne pieczenie i zadrażnia oko. Nad kokainą ma akoina jeszcze i tę wyższość, że nawet w silniejszych rozczynach nie uszkadza przybłonka rogówkowego.

Zapadnięcie się twardówki przy operacyi zaćmy. (Der Kollaps der Sklera bei Staroperationen). Sirieys.

Nawiązując do pracy Le-Roux'a streszczonej powyżej, oraz do dawniejszych spostrzeżeń Chodin'a opisuje autor dwa własne spostrzeżenia bardzo znacznego zapadnięcia się ścian gałki ocznej w przebiegu operacyi zaćmy. Obie operacye wykonane były u osób starych (69 i 59 lat). Bezpośrednio po cięciu pojawiła się tak znaczna hypotomia, że twardówka zupełnie się zmarszczyła, a rogówka do tego stopnia zapadła, iż soczewki nie można było zwyczajnym sposobem wydobyć, lecz trzeba było użyć pętli Snellenowskiej. Ani w jednym ani w drugim przypadku nie przyszło do najmniejszej utraty ciała szklistego. Przebieg pooperacyjny i wynik optyczny tu i tam zupełnie były prawidłowe. Po zamknięciu rany oczy prędko się wypełniły, a wziernik żadnych zmian w głębi oczu nie wykazywał. Dodać należy, że do znieczulenia używa autor 5% rozczynu kokainy i zapuszcza ją przed operacyą pięć razy w odstępach pięciominutowych. Autor sam to uznaje, że wobec tego silnego roztworu kokainy i podeszłego wieku operowanych nie należy się zbytnio dziwić tak znacznej hypotomii i postanawia na przyszłość używać 4% kokainy i zapuszczać ją tylko trzy razy. Nie mniej jednak mechanizm tak znacznego zapadania się całej gałki ocznej, a zatem zmniejszenie się jej zawartości bez widocznego wypływu czyto ciała szklistego, czyto jakiej cieczy wodnistej pozostaje nadal zagadkowym i niewyjaśnionym. To pewna, że tłumaczenie Chodin'a, który przyjmuje brak względnie niedostatek włókien sprężystych w twardówce jest zupełnie niewystarczające.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Paryzkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dnia 4-go lutego 1908.

Lapersonne: *Operacya Lagrange'a.*

Prelegent przedstawia chorego, u którego wykonał przed rokiem irydosklerektomię. Przypadek był niekorzystny: Prawe oko bez poczucia światła, na lewem wzrok bardzo upośledzony, a zwężenie pola pola widzenia sięgało prawie do punktu środkowego. Obecnie w rok po operacyi bystrość nie o wiele tylko lepsza, natomiast pole widzenia znacznie rozszerzone. Napięcie prawidłowe bez pilokarpiny i bez ezeryny. W ostatnich miesiącach blizna cokolwiek się wydęła.

Truc przedstawia dwa przypadki: w pierwszym odprysk szkła zadał ranę rogówce, przez którą wypadła tęczówka. W godzinę po wypadku autor odprowadził stylecikiem wypadniętą tęczówkę. Zupełne wyleczenie. W drugim przypadku przy pęknięciu syfonu została zranioną twardówka i przyszło do utraty ciała szklistego, Zeszycie rany katgutem. Zagojenie z bystrością wzroku 0,5.

Dyskusya. Poulard: Rany drążące oka należy leczyć w ten sam sposób, jak rany skóry, t. j. starannie oczyścić i zeszyć nie czekając do jutra.

Sauvineau opowiada o 2-ch przypadkach, których gałka oczna była szeroko rozdartą, ubytek ciała szklistego bardzo znaczny, wypadnięta tęczówka i naczyniówka. U obu chorych zabieg operacyjny polegał, na odprowadzeniu wypadniętych części, zeszyciu twardówki i spojówki. Mimo tego w jednym wypadku przyszło do zaniku gałki, która musiała być wreszcie wyjętą, w drugim jednak wynik tak pod względem optycznym, jak i pod względem kosmetycznym był znakomity.

Antonelli zgadza się na zachowawcze postępowanie wobec wypadniętej tęczówki t. zn. jej odprowadzenie tylko w tych razach, gdy rana rogówkowa nie przekracza rąbka spojówkowego, i gdy niema żadnych objawów zakażenia. W przeciwnym razie doradza stanowczo odcięcie.

Terrien przytacza jeszcze jeden szczęśliwie operowany przypadek przenikającej rany twardówkowej z wypływem ciała szklistego.

J. Gałęzowski: *Lymphangiectasia conjunctivae.*

Autor przedstawia chorego z bardzo znacznem rozdęciem naczyń chłonnych spojówki gałkowej. Zmiana ta robi wrażenie silnej chemozy białej. Chory 28-letni dotknięty jest tem zboczeniem od drugiego roku życia. Miało ono wystąpić po jakiemś zapaleniu spojówki.

J. Gałęzowki: *Fibromyxoma conjunctivae.*

Autor wyciął z górnego załamka spojówkowego guzek wielkości orzecha laskowego. Badanie mikroskopowe wykazało budowę śluzaka włóknistego. O takim nowotworze na spojówce niema dotąd wzmianki ani w literaturze okulistycznej, ani w klasycznych podręcznikach okulistyki. Natomiast nowotwory o podobnem utkaniu wyrastają niekiedy z błony śluzowej nosa i jamy ustnej.

Posiedzenie z dnia 10-go marca 1908.

Lapersonne: *Szczególny rodzaj zaniku naczyniówki w następstwie dawnej chorioretinitis.*

U młodej kobiety stwierdził L. szczególny obraz zanikowy jako następstwo dawno przebytej *chorioretinitis.* Od tarczy nerwu wzrokowego okazującej objawy częściowego zaniku rozchodzą się we wszystkich kierunkach promienisto ku równikowi smugi białe lub żółtawo-białe, częścią jednako szerokie i regularne, częścią szerokości zmiennej. Niektóre łączą się ze sobą anastomozami, inne dzielą się dychotomicznie. Pozatem widać nieregularnie i od smug białych niezależnie porozrzucane złogi barwikowe, przybierające na obwodzie dna wejrzenie typowej *chorioretinitis pigmentosa.* W przypadku tym widocznie zanik naczyniówki zamiast, jak zazwyczaj przybrać postać plam o zarysach zatoczystych posuwał się w sposób szczególny, wzdłuż rozchodzących się gwiaździsto od tarczy rozgałęzień, żył i tętnic siatkówkowych.

Chevalereanx: *Coloboma nervi optici.*

Autor przedstawia przypadek znacznego wrodzonego wżłobienia tarczy nerwu wzrokowego, którego głębokość ocenia na 2 — 3 mm. Jako szczegół niezwykły zwracają uwagę białe prążki między nerwem wzrokowym a plamką żółtą. C. przypuszcza, że są to włókna nerwowe z zachowaną osłonką myelinową.

Terrien przypomina, że przed kilku laty ogłosił przypadek, daleko głębszej, bo 5 — 6 mm wynoszącej wrodzonej ekskawacyi nerwu wzrokowego.

Chevalereaux: *Exophtalmus intermittens.*

70-letni chory doznał wskutek chwilowego wysiłku przed 16 laty zupełnego zwichnięcia gałki ocznej po przed powieki. Gałkę udało się wówczas odprowadzić, ale od tego czasu zwichnięcie z byle powodu powraca. Chory jest także w stanie sam je u siebie wywołać.

Dyskusya: Landolt upatruje główną przyczynę zwichnięcia gałki ocznej w tem, że przed wielu laty była na tem oku wykonana tenotomia *musculi recti interni.* Protruzya, jaką operacya ta częstokroć za sobą pociąga, stworzyła w tym wypadku skłonność do zupełnego zwichnięcia gałki. Dlatego zamiast zamierzonej tarsorafii radzi L. wykonać antepozycyę niepotrzebnie przeciętego mięśnia.

Lapersonne i Terrien: *Rana przenikająca twardówki w okolicy rzęskowej z utratą ciała szklistego. Zeszycie. Wyleczenie z pełną bystrością wzroku.*

Przedstawienie operowanego ze względu na wyjątkowo korzystny wynik tak pod względem optycznym jak kosmetycznym w ciężkiem zranieniu, jakie w wielu razach pociąga za sobą zanik i utratę gałki ocznej.

Pechin i Descomp: *Uraz oczodołu z następowem porażeniem połowiczem.*

Chory dostał uderzenie końcem parasola, który został wbity między gałkę oczną lewą, a wewnętrzną ścianę oczodołu i dostał się końcem aż do zatoki jamistej. Po tym urazie na przeciąg 2 dni stracił przytomność, następnie stwierdzono porażenie prawej połowy ciała, oraz prawej dolnej gałązki nerwu twarzowego. Na lewem oku opadnięcie powieki, źrenica lewa szersza od prawej, rozdarcie naczyniówki w lewem oku na drodze, wzdłuż której posuwał się koniec parasola. Objawy oczne tłumaczą się dostatecznie bezpośredniem działaniem urazu. Porażenie połowicze odnosi autor do prawdopodobnego uszkodzenia tętnicy mózgowej średniej.

Poulard: *Fibromatosis nodularis palpebrarum.*

Chora l. 25 cierpi oddawna na białkomocz i okazuje w skórze obu powiek dolnych po kilkanaście białych, okrągłych lub owalnych plam o średnicy 2—5 mm. Plamy te lekko nad poziom skóry wystają, powierzchnia ich jest gładka, zbitość znaczna. Badanie mikroskopowe wykazało budowę zbliżoną do utkania włókniaka.

M a r c L a n d o l t: *Powrotne krwotoki ciała szklistego.*

U 32-letniej kobiety w ciągu ostatnich 4 lat po raz 9-ty występuje już obustrony krwotok wśródgałkowy, każdym razem w chwili rozpoczynającego się peryodu. Stan ogólny zupełnie prawidłowy. Badanie krwi również nie wyjaśnia przyczyny cierpienia ocznego.

C e r i s e: *Estezyometr rogówkowy.*

Jest to zmyślny przyrząd pomysłu autora służący do dokładnego badania czucia rogówkowego w chorobach samej rogowki, oraz w zaburzeniach nerwu trójdzielnego. Ucisk na rogówkę wywiera się zapomocą delikatnego włoska, co nie powoduje żadnego uszkodzenia przybłonka.

K a l t: *Ubytek pierścieniowaty w polu widzenia w następstwie urazu.*

Autor przedstawia chorego, który uległ wypadkowi kolejowemu i okazuje w polu widzenia ubytek okrężny, otaczający małym pierścieniem okolicę plamki żółtej. Bystrość wzroku naosiowa prawidłowa.

C h e v a l e r e a u: Wobec braku jakichkolwiek zmian przedmiotowych i wobec tego, że badany dąży do uzyskania znacznego odszkodowania ze strony kolei, powątpiewa C. w wiarogodność jego podań.

B o u r d e a u x: Zez czynnościowy i zez ograniczny. Przedstawienie szeregu operowanych przypadków.

[Wedł. »Arch. d'Ophtalmologie]. *K. W. Majewski.*

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. H o o r z Klausenburga mian. kierownikiem nowej drugiej kliniki okulistycznej w Budapeszcie.

Dr T r o i s t k y nadzw. prof. w Charkowie mian. zwyczajnym.

Prof. U h t h o f f we Wrocławiu wybr. rektorem uniwersytetu.

Habilitowali się: Dr G. F r e y t a g w Mnichowie, Dr T h o r n e r w Berlinie, Dr K r u s i u s w Marburgu, Dr B e n e d e t t i w Neapolu.

Od Redakcyi. Z powodów od nas niezależnych nastąpiło znaczne opóźnienie numeru niniejszego za co Szan. prenumeratorów przepraszamy zaznaczając, że przyszły numer wyjdzie podwójny, a mianowicie: za Sierpień i Wrzesień. Celem uniknięcia dalszych zwłok prosimy Szan. Współpracowników, aby streszczenia pism regularnie nadsyłać zechcieli.

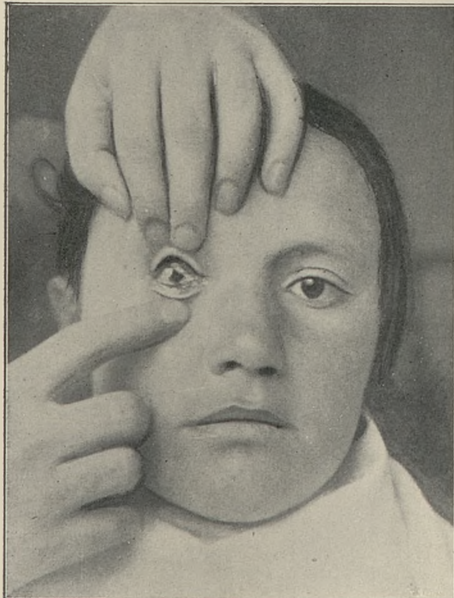


Fig. 1.

Enucleatio bulbi cum implantatione bulbi lep. o. d.
(bez protezy).



Fig. 2.

Enucleatio bulbi cum implantatione bulbi. lep. o. d.
(z protezą).

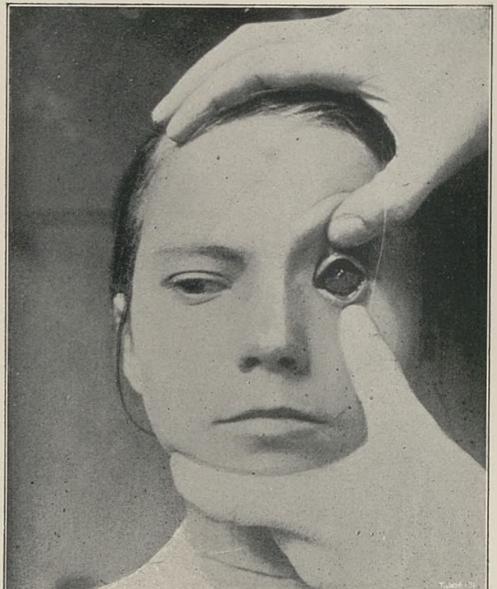


Fig. 3.

Sclerectasia circumscripta, residua post uveitidem purulentam o. sin. (bez protezy).

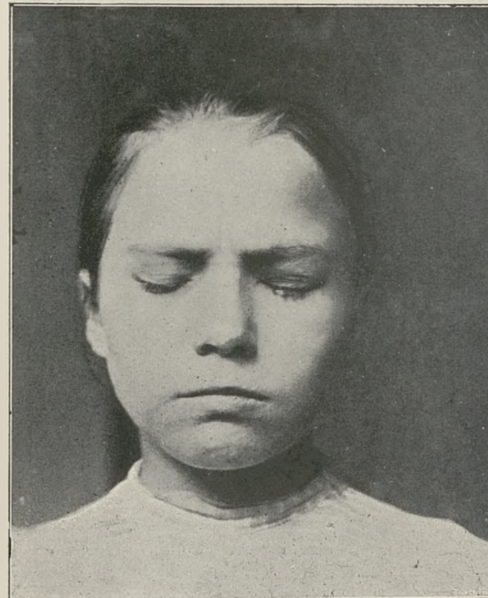


Fig. 4.

Sclerectasia circumscripta, residua post uveitidem purulantem o. sin. z protezą (oczy zamknięte).

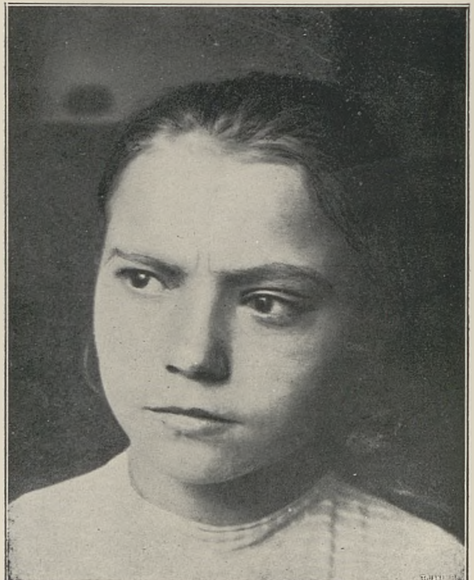


Fig. 5.

Sclerectasia circumscripta, residua post uveitidem purulentam o. sin. (z protezą).

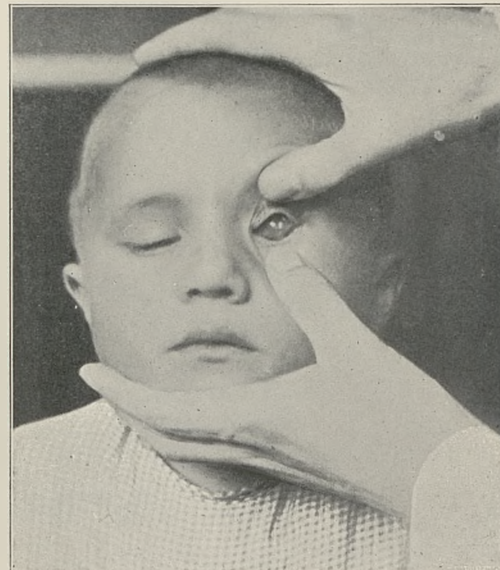


Fig. 6.

Residua post iridocyclitidem sympath. Seclusio pup. o. d.
Atrophia bulbi traumat dolorosa o. sin.
(z przemieszczoną gałką).

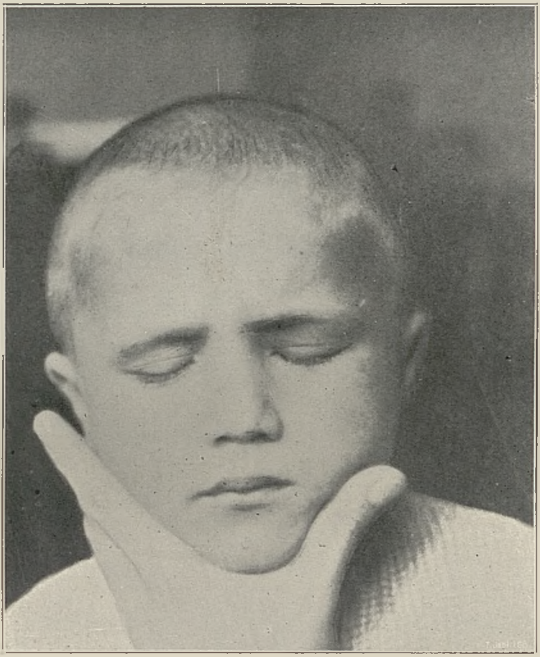


Fig. 7.

Residua post iridocyclitidem sympath. Seclusio occlusio pup o. d. Atrophia bulbi dolorosa (post trauma) o. sin. (z przemieszczoną gałką).